附件2

青岛西海岸新区健康服务共同体人民医院组团

公开招聘派遣制工作人员报名表

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生 年月 |  | 政治  面貌 |  | 相片 |
| 户口 所在地 |  | 工作 单位 |  | | | 毕业  时间 |  |
| 毕业  学校 |  | | | 学历 |  | 学位 |  |
| 所学  专业 |  | | | | 手机 |  | |
| 邮箱 |  | | | | 身份证 号码 |  | | |
| 主要 学习 工作 经历 |  | | | | | | | |
| 资格 证书 情况 |  | | | | | | | |
| 主要 家庭 成员 关系 |  | | | | | | | |
| 诚信 承诺 | 本人承诺以上信息属实，对因信息不实或违反纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应责任。    （签字）   年 月 日 | | | | | 资格 审查 意见 |  | |